

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

N° 328

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par le docteur

LOUIS DELVALLEZ

né le 20 juin 1895 à HARNES (Pas-de-Calais)

Contribution à l'Étude
de la
MYOCARDITE SYPHILITIQUE

Président : M. le Professeur ACHARD,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Imp. LEBLANC & DURANT
204, Rue Solférino
— LILLE —

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELM
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGREGES EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	ROUSSY
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUVIÈRE
BRANCA	GUENIOT	LÉRI	SCHWARTZ
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	TANON
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TERRIEN
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TIFFENEAU
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	VILLARET
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547504_0072

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par le docteur

LOUIS DELVALLEZ

né le 20 juin 1895 à HARNES (Pas-de-Calais)

Contribution à l'Étude

de la

MYOCARDITE SYPHILITIQUE

Président : M. le Professeur ACHARD,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Imp. LEBLANC & DURANT
204, Rue Solférino
— LILLE —



328

Contribution à l'Étude
de la
MYOCARDITE SYPHILITIQUE

A MON PÈRE & A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma pro-
fonde affection.*

A MA SŒUR

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence
de notre thèse, hommage de res-
pectueuse reconnaissance.*

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Pour beaucoup de médecins, la syphilis de l'appareil circulatoire est synonyme de la syphilis de l'aorte. Effectivement, en clinique, c'est surtout l'aortite syphilitique que l'on rencontre et dont on fait journellement le diagnostic, au lit du malade, de par ses troubles fonctionnels caractéristiques (angor d'effort), ses symptômes objectifs : surélévation de la crosse de l'aorte, surélévation de la sous-clavière droite, élargissement de la matité aortique, et surtout ses signes stéthacoustiques : double souffle aortique, souffle systolique et clangor du deuxième bruit, premier bruit dur et deuxième bruit claqué. Ce diagnostic est corroboré par l'étude des symptômes périphériques : caractères du pouls, étude de la tension artérielle ; il est surtout confirmé par un examen radioscopique qui, comme l'on bien montré MM. Vaquez et Bordet, décèle non seulement une modification volumétrique du vaisseau (élargissement, hauteur, déformation), mais également une modification qualitative (l'ombre aortique est inégale et tachetée).

Ces faits sont bien connus. D'autres, en particulier, survenant avec une défaillance cardiaque, l'allure d'une insuffisance ventriculaire gauche, au cours d'une aortite syphilitique sont non moins notoires. C'est la phase cardiaque des aortites syphilitiques sur laquelle Gallavardin et Charvet ont insisté, il y a déjà bien longtemps. Cette phase cardiaque est peut-être l'aboutissant d'un

processus purement mécanique, le myocarde cède après s'être hypertrophié pour lutter contre l'obstacle péri-phérique ; mais, au cours de certaines vérifications anatomiques, on a pu voir que la syphilis n'a pas borné ses effets à l'aorte seule ; le processus morbide s'est étendu au myocarde.

Si l'aortite syphilitique d'une part, si la myocardite syphilitique venant compliquer une aortite syphilitique d'autre part, sont connues et quelque peu banales, il n'en est peut-être pas de même de la myocardite syphilitique isolée, pure.

C'est à l'étude de cette dernière que nous voulons apporter, par deux observations typiques, une modeste contribution.

CHAPITRE I

Observations

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Professeur ACHARD

M. D... Jean, 37 ans, caviste, entre le 17 octobre 1922, dans le service de M. le Professeur Achard, à l'Hôpital Beaujon, pour dyspnée et œdème des membres inférieurs.

Antécédents :

a) *Héréditaires* : Père mort à 66 ans, d'un cancer ; mère morte de suites de couches.

b) *Collatéraux* : Trois frères de la même mère bien portants.

c) *Personnels* : A l'âge de 6 ans, le malade contracta une bronchite qui dura plusieurs mois. Depuis, il s'enrhume facilement, surtout l'hiver, tousse et crache assez abondamment. Depuis l'âge de 15 ans jusqu'à l'âge de 22 ans, il exerça la profession de boulanger ; puis, il partit au service militaire qu'il fit en Algérie de 1906 à 1908. Il reprit alors le métier de boulanger, mais jusqu'en 1910 seulement ; à partir de cette date, il exerce sa profession actuelle de caviste. En 1914, il part à la guerre et fait toute la campagne jusqu'en mars 1919, date à laquelle il est démobilisé.

Pendant toute la durée de la guerre, il n'a jamais été ni blessé, ni malade. Il toussait bien un peu l'hiver, mais n'a jamais été évacué pour maladie. En avril 1919, il fut la victime d'un accident sérieux ; pris dans un ascenseur, il a subi une contusion thoracique violente, sans fracture de côte, mais avec une fracture de l'apophyse transverse droite des deuxième et troisième vertèbres lombaires, la cinquième vertèbre lombaire a été basculée comme dans le

spondylizème (certificat rédigé par le docteur Babinski). De plus, le malade présente une atrophie de la jambe gauche, il reste impotent pendant huit mois. Au bout de ce laps de temps, il reprit son travail qu'il n'a pas quitté depuis.

En 1919, au mois de mai, après sa sortie de l'hôpital, il contracte un chancre induré au niveau du fourreau de la verge. Il se fait soigner par un médecin en ville et reçoit quelques injections intraveineuses d'un médicament sur la nature duquel le malade ne peut pas nous renseigner.

Maladie actuelle

Le début de l'affection actuelle remonte aux premiers jours du mois de septembre 1922.

Le malade a commencé à se sentir essoufflé en montant un escalier ; de plus, ce qui l'a frappé, c'est une sensation de fatigue avec tremblement matutinal et diminution de l'appétit. La nuit, il est obligé de se caler avec une pile d'oreillers, la position couchée devenant insupportable. Une ou deux fois, au début du mois d'octobre, le malade a eu des accès d'oppression la nuit ; il a été obligé de se lever et d'aller à la fenêtre prendre de l'air. A la même époque, il eût, en soulevant une caisse, un accès de dyspnée très violent, mais jamais, il n'éprouva de douleur angoissante, jamais de palpitations. Depuis, la dyspnée va en augmentant et oblige fréquemment le malade à s'asseoir.

Le 30 octobre, il interrompt le travail qu'il est incapable de continuer. Un médecin, consulté, porte, au dire du malade, le diagnostic d'emphysème et ordonne des ventouses sèches et scarifiées, prescrit une potion calmante et rassure le malade avec un pronostic optimiste.

Dans les jours qui suivent, l'oppression s'accroît, les jambes enflent, l'anorexie s'aggrave ; tous les matins, le malade vomit, et, devant la persistance de ces troubles, il se décide à entrer à l'hôpital.

Examen à l'entrée :

Le malade est assis dans son lit, en proie à une violente dyspnée — le nombre des respirations est de 40 à la minute —, d'une voix brève et saccadée, rendue difficile par la dyspnée, il répond aux questions qu'on lui pose.

La toux est modérée, l'expectoration est nulle, pas d'hémoptysie.

Facies un peu bouffi, surtout très cyanosé, les pommettes sont sillonnées de varicosités.

Les membres inférieurs sont un peu œdématisés, cet œdème discret se décèle surtout à la face interne des cuisses.

Le ventre est légèrement ballonné, ne contient pas d'ascite.

Le foie déborde le rebord costal de quatre travers de doigt sur la ligne mamelonnaire, il est douloureux à la pression, pas de battements hépatiques, pas de reflux hépato-jugulaire.

La rate est normale.

Poumons :

Râles ronflants et sibilants, disséminés dans les deux poumons, sans prédominance d'un côté ou de l'autre, au sommet ou à la base. De plus, submatité à la base droite, la respiration y est presque complètement abolie, la ponction exploratrice pratiquée à ce niveau est négative.

Cœur :

On palpe la pointe dans le cinquième espace intercostal gauche, au-dessous et un peu en dehors du mamelon. Le choc est du reste à peine perceptible, même dans le décubitus latéral gauche.

À la percussion, la matité cardiaque déborde le bord droit du sternum. À l'auscultation : rythme embryocardique, assourdissement des bruits.

Pas de souffle artificiel.

Pas de bruit de galop.

Pouls :

Rapide (100 à la minute).

Régulier.

Et au simple palper, très rares extra-systoles, mais surtout, *alternance très nette.*

Tension artérielle :

11-14, au Pachon:

On note que les oscillations sont petites ; de temps à autre, on surprend une extra-systole, et pendant toute la durée de la prise de la tension artérielle, à l'aide de l'appareil oscillométrique, le pouls ne cesse pas d'*alterner* : oscillations grandes et petites se suivent d'une façon abso-

lument régulière et cette alternance s'accroît encore après les extra-systoles.

Système nerveux :

Réflexes normaux — les pupilles égales réagissent à la lumière.

Urines :

Peu abondantes (environ un demi-litre par nyctémère), ne contiennent ni sucre ni albumine.

Peau et muqueuses :

Cicatrice blanche, dépigmentée, reliquat de l'accident primitif, au niveau du fourreau de la verge ; pas de leucoplasie.

Radioscopie :

Très grand cœur, augmenté dans son ensemble, aussi bien dans ses cavités droites que gauches. Le calibre de l'aorte est normal et sa teinte est uniforme.

Dosage de l'urée :

0 gr. 30 par litre.

Le *Wassermann*, pratiqué à l'Institut Pasteur, est très fortement positif.

Poids du malade : 63 kilos.

Diagnostic :

Nous nous trouvions en présence d'un malade relativement jeune, âgé de 37 ans, qui était en état de défaillance cardiaque, d'asystolie, pour nous servir d'un terme classique quelque peu démodé. Et cette asystolie se traduisait, au point de vue fonctionnel, presque exclusivement par de la dyspnée qui, d'abord, simple dyspnée d'effort, est devenue assez rapidement une dyspnée de décubitus avec accès d'oppression nocturne.

Cette insuffisance cardiaque se traduisait, par ailleurs, par de l'oligurie, de l'œdème des membres inférieurs, discret, mais indubitable, une congestion douloureuse du foie de la cyanose. Enfin, le cœur lui-même traduisait sa souffrance par l'augmentation de son volume, l'assourdissement de ses bruits, quelques faux pas, l'accélération du rythme.

A noter que cette insuffisance cardiaque s'est installée de façon assez rapide, puisque cet homme, six semaines

avant d'entrer à l'hôpital, montait encore des tonneaux de la cave, exerçait en somme, un métier pénible.

Comment expliquer cette défaillance cardiaque ? Deux hypothèses possibles :

A priori, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une asystolie consécutive à une affection pulmonaire chez un ancien bronchitique qui, à la suite d'une bronchite contractée dans la deuxième enfance, n'a pas cessé de s'enrhumer, de tousser et de cracher. A l'entrée à l'hôpital, le malade ne présentait-il pas les mêmes troubles fonctionnels ? un mois au préalable, un médecin en ville consulté, n'a-t-il pas porté le diagnostic d'emphysème compliqué de bronchite, n'a-t-il pas traité le malade par des ventouses et une potion calmante ?

Mais, contre cette hypothèse plaidaient plusieurs arguments.

On ne voit pas très bien pourquoi la pneumopathie contractée à l'âge de 6 ans a mis 31 ans pour déterminer de la défaillance cardiaque. Ainsi, pendant toute la durée de la guerre, le malade a été particulièrement surmené, son cœur n'a pas fléchi pour cela. D'autre part, le symptôme dominant, chez le malade, n'était pas tant la toux ni l'expectoration que la dyspnée. Et enfin, le malade présentait outre les troubles fonctionnels et physiques traduisant simplement la défaillance cardiaque, un stigmate capital de l'atteinte profonde de la fibre cardiaque elle-même : l'*alternance*. Il s'agissait, non pas d'une insuffisance cardiaque consécutive à une gêne périphérique, étrangère au cœur, mais d'une atteinte du myocarde lui-même, il y avait myocardite, tout au moins dans le sens clinique du mot.

Quelle était la cause de cette myocardite ? Pas de lésions valvulaires — pas de lésions aortiques —, mais trois facteurs étiologiques à retenir.

Tout d'abord, un traumatisme important, au point de liser la colonne vertébrale. Mais, si l'action du traumatisme sur les valvules du cœur est assez bien connue, celle qu'il a sur le myocarde l'est beaucoup moins. Nous nous contenterons de noter le fait sans aller plus loin.

En second lieu, l'éthylisme. Notre malade est un éthylique notoire. Son métier a facilité singulièrement l'éclosion de cette tare chez lui ; du reste, il ne s'en cache nullement,

et sans aucune réticence, il nous avoue ses excès alcooliques, de vin surtout.

Mais de plus, c'est un syphilitique. C'est un syphilitique de date récente, puisqu'il contracta un chancre, il y a quatre ans. Cette syphilis a été très insuffisamment traitée, tout le traitement s'étant borné à quelques injections intraveineuses d'un composé arsenical probablement. Et si apparemment, cette syphilis n'a pas été très virulente — puisque, à part le chancre, le malade ne présenta aucune autre manifestation cutanée — il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'une syphilis évolutive, comme l'atteste la réaction fortement positive du Wassermann, d'autant plus que cette réaction a été pratiquée suivant la méthode de Levaditi-Latapie, avec un antigène relativement peu sensible.

En résumé, nous croyons que si l'alcool n'est pas étranger à cette myocardite, la syphilis, à coup sûr, est le facteur prépondérant dans sa genèse.

Le malade fut traité comme un asystolique : purge, saignée de 400 grammes, diète hydro-lactée (1/2 litre de lait — 1/2 litre d'eau), digitale, sous forme de solution de digitale cristallisée au 1/1.000^e (trente gouttes le premier jour, vingt gouttes le second, dix le troisième).

Très rapidement, l'amélioration se manifeste, la dyspnée s'amende, l'insomnie cesse, les œdèmes diminuent, voire même disparaissent, le foie se rétracte sous le rebord costal, le cœur se ralentit, le taux de l'urine monte à un litre et demi, surtout quand la théobromine, à raison de deux grammes, vient compléter l'action de la digitale, le pouls se ralentit, les extra-systoles disparaissent, la tension artérielle remonte légèrement à 12-6 (au Pachon) le 24 octobre, mais l'alternance du pouls persiste.

Le 28 octobre, on commence les injections intraveineuses de cyanure de mercure, à raison de deux centigrammes tous les deux jours.

Le 11 novembre, le malade va sensiblement mieux, il respire bien, le sommeil est bon, l'appétit est satisfaisant, le régime lacto-végétarien sans sel est complété par un peu de viande.

A l'examen, le premier bruit paraît sourd, pas de galop ;

tension artérielle 15-7 ; oscillations assez amples. L'alternance persiste.

Le malade sort de l'hôpital se considérant comme guéri ; et nous promettant formellement de venir nous revoir et de continuer le traitement anti-syphilitique ; il n'a reçu en tout que 14 centigrammes de cyanure.

Il est revenu nous voir le 28 janvier 1923 ; il va mieux, il travaille un peu, il rince et remplit des bonbonnes, transporte quelques caisses, mais, nous avoue-t-il, est obligé de s'arrêter souvent.

Le traitement anti-syphilitique a été complètement laissé de côté, du reste, que tout régime et toute médication cardio-tonique. A l'examen, le pouls est à 88, la tension artérielle à 18-10, l'on perçoit des extra-systoles ainsi que l'alternance. A l'auscultation, quelques extra-systoles et bruit de galop non perçu jusqu'alors. En somme, persistance et même aggravation de l'insuffisance cardiaque, malgré une amélioration apparente ; et l'absence de tout traitement, en raison de l'indocilité du malade, ne nous semble pas étrangère à cet état de choses.

OBSERVATION II

(Personnelle)

M. D... Alexandre, 58 ans, garçon-livreur, entre le 25 avril 1923 à l'Hôpital Cochin, dans le Service du docteur Laubry, pour dyspnée intense et cyanose.

Le début de son affection remonte à six mois environ. A ce moment, le malade qui traînait des voitures à bras, s'aperçoit qu'il est facilement essoufflé, et plus vite que de coutume ; il monte les escaliers avec une plus grande difficulté qu'auparavant, mais il ne constate ni cyanose, ni œdèmes. Pendant trois mois, le malade ne se soucie guère de son état et continue son dur labeur. Il y a trois mois, il se voit obligé de cesser tout travail et de prendre du repos. Il commence alors à avoir des crises de dyspnée nocturne ; les accès de dyspnée sont suivies d'une sensation de boule au niveau de l'épigastre, cette sensation l'incite à tousser, et quand il tousse, il éprouve une douleur en barre au niveau de la partie supérieure du thorax, derrière le ster-

num, avec irradiations dans les deux épaules. La toux est suivie d'une expectoration séro-muqueuse assez abondante.

Depuis trois mois, ces crises ne font qu'augmenter de fréquence et d'intensité, il arrive souvent au malade qu'il soit obligé de se lever la nuit, et d'aller s'asseoir sur son palier ; de plus, ses chevilles enflent un peu le soir.

A part la dyspnée, à part la douleur, à part l'œdème malléolaire vespéral, pas de troubles fonctionnels, pas de céphalée, pas de vertiges, pas de palpitations.

A l'examen :

Le malade, assis sur son lit, a une dyspnée modérée (28 à 34 respirations à la minute), les traits sont tirés, les lèvres violettes, les mains et les pieds froids et cyanosés.

Pas d'œdème des membres inférieurs, sauf peut-être un peu au niveau de la jambe droite (le malade a eu une phlébite du membre inférieur droit en 1921).

Appareil circulatoire :

Pouls :

Régulier, à 88, assez bien frappé.

Tension artérielle :

12-8 au Pachon. Pas d'extra-systoles, pas d'alternance.

Cœur :

Pointe dans le cinquième espace.

A la percussion, aire cardiaque normale.

Bruits sourds, lointains. Bruit de galop gauche pré-systolique.

Appareil pulmonaire :

A la base droite, matité, vibrations exagérées, râles sous-crépitaux.

Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal, il mesure 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire, il est mou et très douloureux.

La rate est perceptible, on sent son pôle inférieur dans l'inspiration profonde, sous le rebord costal gauche.

Système nerveux :

Réflexes normaux.. Pas d'Argyll.

Urines :

1.500 centicubes — légère albuminurie.

Anamnèse.

Antécédents :

Antécédents :

a) *Héréditaires* : Rien de spécial.

b) *Collatéraux* : 0. Femme morte de laryngite (tuberculeuse ?...).

c) *Personnels* : Le malade a passé sa jeunesse en Afrique, il avoue quelques excès alcooliques, mais nie toute spécificité, il a des varices, il a eu un ulcère variqueux et une phlébite variqueuse en 1921.

Diagnostic :

Muni de renseignements purement cliniques, nous avons porté, chez ce malade, le diagnostic de défaillance cardiaque, dont nous avons cherché la cause. Ne l'ayant pas trouvée ni dans son rein, dont le fonctionnement nous a paru normal, ni dans sa tension qui est plutôt basse, car elle n'est que de 12-8, surtout chez un homme de 58 ans, ni dans son poumon, car la congestion de la base droite nous paraît une congestion de stase, conditionnée par la cardiopathie et non pas engendrant celle-ci, nous avons porté le diagnostic d'insuffisance cardiaque primitive, sans lésion orificielle. Ce sont ces cas que M. le Docteur Laubry a l'habitude de désigner sous le nom de *myocardie primitive* : il désigne ainsi un syndrome d'insuffisance cardiaque primitif par trouble de tonicité. Son élève, le docteur René Giroux (1), dans sa thèse récente sur le bruit de galop, en a rapporté plusieurs exemples.

Mais chez notre malade relativement jeune, 58 ans, nullement sénile, nous avons pratiqué la réaction de Wassermann qui s'est montrée franchement positive. Et ainsi, en l'absence de tout facteur étiologique patent, nous invoquons la syphilis comme cause.

Le malade fut soumis à un traitement cardiotonique (digi-baïne, à raison de 90 gouttes le 1^{er} jour, 60 gouttes le second, et 30 gouttes le troisième). Pendant ce temps-là, régime exclusivement lacté, après purgation drastique préalable. Les quatre jours suivants, il reçut deux grammes de théobromine par jour, et fut mis au régime lacto-végétarien

(1) Docteur René GIROUX. — Le bruit de galop. — Thèse de Paris, 1923.

déchloruré. Puis, aussitôt que nous avons eu connaissance de la réaction positive du Wassermann, nous l'avons soumis aux injections intra-musculaires de bismuth sous forme d'iodo-quinat de bismuth (Quinby), à raison de trois centicubes par jour.

Les trois premières injections ont été assez mal supportées, le malade a eu des vertiges, un peu de nausées et quelques malaises ; mais, il a suffi d'espacer les piqûres, de diminuer la dose à deux centicubes pour voir tout rétrocéder. Le malade en est actuellement à sa douzième piqûre, il va admirablement bien, il n'accuse plus ni dyspnée, ni douleur, l'état général est parfait, il demande avec insistance à quitter l'hôpital pour chercher une occupation, autant que possible, peu fatigante, comme nous le lui avons conseillé.

Une radioscopie a été pratiquée le 19 mai 1923, chez le malade très amélioré. Elle nous montra un cœur un peu gros, une aorte large de 3 centimètres, ce qui est normal chez un homme de 58 ans, des ombres hilaires importantes.

En partant de ces deux observations inédites, nous nous proposons de faire une étude succincte de la myocardite syphilitique, en insistant tout spécialement sur ses particularités cliniques, sur la manière de poser le diagnostic, sur son traitement. Nous serons très bref et sur l'historique de la question et sur son anatomie pathologique bien exposée dans les traités classiques, celui du Professeur Vaquez, en particulier.

CHAPITRE II

Historique

Les premiers travaux se rapportant à la myocardite syphilitique sont d'ordre anatomo-pathologique. Il est classique de citer l'observation remarquable de myocardite gommeuse, recueillie par Ricord en 1845 et rapportée dans son *Traité complet des Maladies Vénériennes*, paru en 1851.

Des faits analogues ont été signalés par Jullien et Virchow.

A partir de 1890, on commença à publier quelques études d'ensemble sur la question de la syphilis du cœur en général. Dans son importante thèse, parue en 1900, Deguy résume l'ensemble des connaissances acquises.

En 1912, paraît la thèse de Camille Bricout (1), sur la syphilis du cœur.

Comme le dit M. le Professeur Vaquez (2), dans son *Traité* tout récent de 1921 : « Si les lésions fondamentales de la maladie sont convenablement décrites, le tableau clinique reste toujours entouré d'obscurités ».

(1) D^r Camille BRICOUT. — La syphilis du cœur. — Thèse de Paris, 1912.

(2) Professeur VAQUEZ. — Maladies du cœur, 1921.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

Nous laisserons complètement de côté les lésions de la syphilis héréditaire du myocarde qui sont en dehors du cadre de notre travail, et nous résumerons brièvement les lésions syphilitiques acquises.

Comme le dit Bricout, il est un fait d'observation bien établi ; les lésions du myocarde dans la syphilis s'allient dans l'immense majorité des cas, aux altérations spécifiques des coronaires. Il est donc logique d'étudier les coronarites comme prélude des myocardites syphilitiques.

CORONARITE SYPHILIQUE

Les coronaires peuvent être lésées au niveau de leur origine, de leur tronc, de leur terminaison. Les lésions microscopiques bien connues consistent le plus souvent en une endartérite proliférante dont l'athérome est l'aboutissant habituel. Les coronarites peuvent se compliquer soit de lésions localisées nodulaires, soit d'un infarctus. D'autres fois, quand les lésions sont diffuses, c'est tantôt une altération aiguë, dégénérative d'ordre surtout mécanique qui prédomine (myomalacie de Letulle), tantôt il y a myocardite véritable, tantôt enfin sclérose du myocarde.

MYOCARDITE SYPHILIQUE ACQUISE

On décrit d'une part les lésions nodulaires, d'autre part, les lésions diffuses.

Les lésions *nodulaires* sont constituées avant tout par les gommes du myocarde, dont l'observation princeps appartient à Ricord. Les gommes se localisent de préférence dans le ventricule gauche ; l'atteinte du faisceau de His est également connue.

Nous n'insisterons pas sur l'infarctus par coronarite, de même que sur la rupture du cœur qui peut en résulter.

Plus intéressantes sont les lésions de *myocardite diffuse* ; elles peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques.

On a décrit sous le nom de *myocardite aiguë* des faits de dégénérescence parenchymateuse étendue, plutôt que d'inflammation vraie du myocarde (Bricout). Tel le cas de Letulle (1) où l'oblitération d'une coronaire à son orifice avait produit une myomalacie de tout le ventricule gauche, flasque, affaîssé, congestionné.

La *myocardite subaiguë*, à évolution rapide vers la sclérose, constitue la myocardite syphilitique, classique, bien étudiée par Lancereaux, Mracek, Adler, Deguy, Gallavardin et Charvet, Landois, Huellen, Faginoli. Le myocarde présente une consistance dure et un aspect de sclérose diffuse, mais légère. Tout d'abord, on assiste à une infiltration embryonnaire interstitielle, périvasculaire, pouvant aller jusqu'à l'éclosion de gommes miliaries. On a même signalé l'existence de cellules géantes (Huellen) ; plus tard, apparaissent des fibres conjonctives, au milieu de cellules rondes. Ce mélange d'altéra-

(1) LETULLE. — Bulletin de la Société Anatomique, 1910.

tions inflammatoires et scléreuses consitue la myocardite scléro-gommeuse. Fait important, ces lésions interstitielles sont toujours liées à de l'endopériartérite généralisée, comme l'ont noté Gallavardin et Charvet, l'endartérite oblitérante prédomine dans les zones où cette évolution paraissait le plus avancée. Quant au parenchyme lui-même, les fibres musculaires enserrées par la sclérose, subissent un atrophie avec dégénérescence vacuolaire et grasseuse.

A côté de cette forme à point de départ vasculaire, il existe peut-être une variété de myocardite subaiguë où le tissu interstitiel se montre primitivement intéressé.

Enfin, on rattache à la syphilis, nombre de cas de *sclérose myocardique diffuse* que l'on rencontre chez des gens âgés. Ces lésions n'ont plus rien de spécifique, il est bien difficile de les distinguer des altérations analogues provenant d'autres causes. Ce problème n'est pas particulier à la pathologie cardiaque, il se passe de même pour le rein et le foie. Il est tout de même troublant de constater combien souvent la réaction de Wassermann se montre positive pendant la vie des malades, à l'autopsie desquels on constate ces lésions en apparence banales.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Le tableau clinique des myocardites syphilitiques est essentiellement variable, suivant que les lésions qui l'occasionnent sont localisées ou généralisées.

Nous laisserons complètement de côté les syndromes cliniques spéciaux, en rapport avec une localisation élective de gommes syphilitiques au niveau du faisceau de His, par exemple, réalisant le pouls lent permanent ou maladie de Stokes-Adams.

Nous nous bornerons à tracer le tableau clinique de la myocardite syphilitique diffuse dont la forme subaiguë est la plus caractéristique et la plus fréquente.

Voici comment les choses se passent habituellement en clinique.

Il s'agit d'un syphilitique dont la syphilis est parfois avérée, d'autres fois latente, qui commence à s'essouffler sous l'influence d'un effort. Cette dyspnée d'abord provoquée (dyspnée d'effort) ne tarde pas à devenir permanente et à se manifester surtout dans le décubitus dorsal. Le malade ne peut dormir que plus ou moins assis, et à mesure que l'oppression augmente, la pile d'oreillers avec laquelle il se cale monte. Enfin, sur cette dyspnée continue ne tarde pas à se greffer des paroxysmes nocturnes. Le malade est alors réveillé en sursaut, en proie à une oppression intense, il a soif d'air, il est obligé de

se lever, de se précipiter à la fenêtre. C'est l'asthme syphilitique sur lequel insistait Rosenfeld (1).

La *dyspnée*, symptôme dominant, constant, est le seul symptôme caractéristique. La douleur si violente, si particulière, à forme angineuse, n'appartient qu'à l'aortite syphilitique. Cependant, notre malade faisant l'objet de l'observation II, Alexandre D..., accusait une sensation de boule qui montait de l'épigastre derrière le sternum où cette sensation prenait l'allure d'une barre rétro-sternale, irradiée aux deux épaules.

Les malades généralement n'ont ni palpitations, ni céphalée, ni vertiges, si fréquents chez les cardiaques. Par contre, chez nos deux malades, nous avons noté de la toux et une expectoration sans caractères particuliers.

Nous reviendrons sur ces symptômes purement pulmonaires.

Tels sont les symptômes fonctionnels qu'accusent les malades.

Les examine-t-on ? On est frappé par la *cyanose* intense qui non seulement couvre leur visage, particulièrement accentuée aux lèvres et aux lobules des oreilles, mais aussi les mains et les pieds. Inutile d'insister sur la valeur diagnostique de ce symptôme pour éliminer chez un syphilitique l'existence d'une aortite qui confère au contraire au facies la teinte pâle bien connue. Découvre-t-on le malade ? On constate que ses membres inférieurs sont *œdématisés*. Palpe-t-on le ventre ? On se but dans l'hypocondre droit contre un *foie* qui déborde, qui est douloureux, de consistance ferme, mais pas très dur. C'est le foie cardiaque banal.

L'auscultation des poumons fait percevoir des râles ronflants, sibilants, sous-crépitaux, tantôt disséminés,

(1) ROSENFELD. — Asthma syphilitica. (Médic. corresp. der Württemberg Herzverein, 1882).

tantôt localisés aux deux bases ou à une seule seulement, la droite de préférence.

Abordons l'examen de l'appareil cardio-vasculaire.

Le *pouls* est généralement rapide (100, 110, 120), il est petit, assez régulier, des extra-systoles cependant ont été notées chez nos deux malades.

La *tension artérielle systolique* se montre *basse*, et c'est encore là un bon élément de diagnostic d'avec l'aortite syphilitique où la maxima est constamment élevée. La minima est relativement élevée et la tension différentielle, médiocre, traduit la défaillance du myocarde.

Quand on examine le *cœur*, on trouve que la pointe est tantôt à sa place normale, tantôt déviée vers la ligne avillaire, l'aire de matité cardiaque est augmentée, elle déborde souvent le bord droit du sternum. Mais c'est surtout l'auscultation qui fournit les signes les plus caractéristiques de la myocardite syphilitique. Elle fait constater l'assourdissement des bruits, l'existence d'extra-systoles et parfois l'existence d'un souffle systolique mitral fonctionnel ; elle décèle enfin l'existence d'un bruit de galop qui est un stigmate de l'atonie du myocarde. Le *pouls alternant*, quand il existe, comme dans notre observation princeps, est également un excellent symptôme de myocardite, puisque, d'après les idées actuellement classiques, exposées dans la thèse de Gravier (1), l'alternance est un signe organique de l'atteinte du myocarde.

Tel est le tableau clinique de la myocardite syphilitique. C'est, en somme, le tableau de la défaillance cardiaque, quelque peu banal, qui ne tire sa particularité que du fait qu'elle survient assez rapidement, en quelques mois et moins, qu'elle survient chez un sujet relati-

(1) GRAVIER. — Alternance du cœur. — Thèse de Lyon, 1914.

vement jeune, que ce sujet est un syphilitique avéré ou latent ou porteur de stigmates spécifiques (glossite ou périostite, coexistence d'une syphilis nerveuse).

Nous avons signalé que les troubles pulmonaires, toux, expectoration, étaient parfois importants. Nous avons vu chez notre second malade, des ombres hilaires étendues à la radioscopie. Nous nous demandons si la syphilis, chez ces malades là, borne ses effets au myocarde, si elle ne frappe pas également le parenchyme pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, le *Wassermann est constamment positif*, et c'est pour le moins une constatation curieuse chez un asystolique en évolution, chez lequel ni le rein, ni le poumon, ni la tension artérielle, ni l'existence d'une lésion valvulaire, ne sont capables de rendre compte de l'état d'insuffisance cardiaque dans lequel sombre le malade.

Enfin, un signe particulier est encore tiré de l'évolution de cette insuffisance cardiaque. A coup sûr, elle rétrocede, partiellement, tout au moins, avec le traitement cardio-tonique ; mais si l'on n'y joint pas de traitement antisypilitique, le retour offensif ne tarde pas à se produire. C'est ce que nous avons observé avec une netteté particulière chez notre premier malade. Par contre, le traitement spécifique, joint ou non au traitement cardio-tonique, peut opérer de véritables résurrections. Les observations de myocardites syphilitiques guéries sont aujourd'hui nombreuses. Deguy (1) a rassemblé dans sa thèse les résultats de cet ordre ; l'intérêt de ces cas montre qu'il faut toujours penser à la syphilis devant toute insuffisance cardiaque dont l'origine nous échappe. C'est ce que nous avons fait pour notre malade de

(1) DEGUY. — Le cœur et l'aorte des syphilitiques. — Thèse de Paris, 1900.

l'observation II, chez lequel ni l'anamnèse, ni la recherche des cicatrices suspectes et des stigmates n'ont autorisé à soupçonner l'existence d'une vérole. Le Wassermann seul nous y a conduit, et les bons effets du traitement par le bismuth nous ont confirmé cette hypothèse.

Telle est la forme habituelle de la myocardite syphilitique diffuse, à évolution subaiguë, qui se traduit cliniquement par des signes d'asystolie rapidement progressive, dont la cause souvent nous échappe et que le traitement syphilitique seulement, tantôt à lui seul, tantôt précédé d'une médication cardio-tonique juggle.

A côté de cette forme, il existe plusieurs variantes cliniques intéressantes.

D'abord une forme latente. Chez un malade, mort de tout autre chose, on reconnaît, à l'autopsie, l'existence de lésions diffuses du myocarde.

Il existe également une forme médico-légale avec mort subite, tantôt à la suite d'un effort, d'une émotion, tantôt sans cause apparente. Il nous souvient du cas d'un malade amené d'urgence à l'hôpital dans un état extrêmement alarmant. Il était extraordinairement cyanosé, il était en proie à une dyspnée folle. L'examen objectif ne nous a pas révélé de symptômes bien nets. Malgré une thérapeutique active mise en œuvre : saignée, injection d'huile camphrée, injection d'ouabaïne, le malade ne tarda pas à succomber, et, à l'autopsie, nous avons constaté l'existence d'un cœur mou, flasque et d'un foie ficelé syphilitique typique. La réaction de Wassermann, pratiquée sur le sang de la saignée, nous apporta dans les jours suivants un résultat positif. Dans cette forme, la mort n'est pas subite, comme dans la précédente, mais simplement très rapide.

A ces formes, à évolution plus ou moins rapide, parfois foudroyante, il faut opposer le tableau banal des

myocardites chroniques, scléreuses, avec asystolie lente, s'échelonnant sur des années, chez des individus âgés, anciens syphilitiques. Dans ce dernier cas, le tableau clinique n'emprunte à la syphilis aucune particularité.

Enfin, nous le répétons, nous n'insisterons pas sur les formes mono-symptomatiques : syndrome de Stokes-Adams, arythmie extra-systolique, arythmie complète, en rapport avec des lésions localisées électives de certaines régions du myocarde.

CHAPITRE V

Pronostic

Comme nous venons de le voir, le pronostic varie essentiellement suivant la forme clinique à laquelle on a affaire. Et à côté de la forme rapidement mortelle, voire foudroyante, nous avons vu qu'il existe des formes lentes, dont l'évolution se chiffre par années.

La forme habituelle cependant affecte une marche subaiguë, susceptible d'être enrayée par le traitement. Il semble, de plus, que le pronostic dépende de l'âge ; et, c'est ainsi que chez un sujet jeune, la maladie marche rapidement, alors que chez un individu relativement âgé, l'évolution est plus lente et partant plus bénigne. Plusieurs facteurs peuvent être invoqués pour expliquer ce fait. Les malades jeunes sont, en général, de rudes travailleurs, il n'est pas rare qu'ils soient éthyliques ; les sujets âgés fatigués sont moins capables de se surmener et moins enclins à aggraver leur cardiopathie.

Le pronostic dépend encore des autres localisations de la syphilis. Nous ne parlerons pas de l'association si fréquente de la syphilis du myocarde avec celle de l'aorte. De parti-pris, nous avons éliminé du cadre de notre étude ce tableau nosologique, magistralement tracé par Gallavardin et Charvet (1), déjà cités.

(1) GALLAVARDIN et CHARVET. — Phase cardiaque des aortites syphilitiques. — Arch. Génér. de Médecine, 1903.

Insistons davantage sur la coexistence des lésions pulmonaires se traduisant par des signes stéthacoustiques et surtout radiologiques importants. La cyanose si intense de nos deux malades s'explique peut-être en partie par l'existence de ces lésions pulmonaires.

La néphrite syphilitique dont la coexistence avec l'aortite syphilitique est si fréquente, coïncide rarement avec la myocardite. Et, si nos malades avaient de l'albumine, c'est d'une façon passagère ; leurs œdèmes ont fondu rapidement sous l'influence du traitement cardio-tonique, et le dosage de l'urée dans leur sang a montré chez le premier 0 gr. 30 et chez le second 0 gr. 40 par litre.

Les classiques insistent sur la coexistence de la syphilis nerveuse. Chez aucun de nos malades, nous n'en avons trouvé trace. Inutile de dire combien le tabes, la paralysie générale assombrissent le pronostic de tels malades.

Le pronostic est subordonné grandement au traitement. Il s'agit presque toujours de malades qui, jusqu'à là, n'ont pas été traités, soit parce que négligents, soit parce qu'ignorant leur affection. Un traitement judicieusement appliqué, énergique, mais prudent, peut opérer, avons-nous déjà dit, de véritables résurrections.

Enfin, ajoutons que le pronostic est aggravé par la coexistence d'autres tares. C'est ainsi que le tréponème s'associe volontiers à l'éthylisme.

C'était le cas de notre premier malade, et de cette association particulièrement fréquente chez les malades de notre clientèle hospitalière, il ne semble rien résulter de bon. Il en est dans l'espèce pour le cœur, de même que pour le cerveau, le foie et le rein.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic comporte plusieurs étapes.

Le diagnostic de l'asystolie est la première étape à franchir : celle-ci facile. Le diagnostic d'asystolie s'impose en présence d'un individu cyanosé qui tousse et qui crache, qui, à l'extrême rigueur, peut donner le change avec un vulgaire emphysémateux bronchitique ; mais l'œdème des membres inférieurs, mais la congestion du foie, mais l'oligurie, une auscultation attentive du cœur ne laisseront pas longtemps place au doute. Insistons sur l'importance d'un pareil diagnostic. Il nous a semblé que, malgré la facilité de ce diagnostic, on méconnaît souvent l'insuffisance cardiaque chez de pareils malades, pour peu que les œdèmes ne soient pas trop apparents, qu'on n'ait pas palpé assez attentivement leur foie, et que l'auscultation du cœur ne soit pas assez minutieuse et assez prolongée.

Il serait quelque peu banal de s'appesantir sur le fait qu'on n'a pas le droit de déclarer qu'un cœur est normal, simplement parce que le pouls est régulier ou à peine égrené d'extra-systoles, qu'il n'y a pas de souffle orificiel intense.

Insistons sur l'importance de la tachycardie, de l'assourdissement des bruits, du souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle discret et localisé, que l'on a par-

fois trop tendance à prendre pour un souffle extra-cardiaque ; insistons surtout sur le bruit de galop parfois difficile à percevoir dans ces cardiopathies à tension basse où ce bruit n'a pas l'ampleur, l'éclat, si nous osons nous exprimer ainsi, du galop des brightiques hypertendus. Il faut chercher avec soin, des stigmates comme le pouls alternant, dont nous proclamons à nouveau la signification.

Revenons encore une fois sur les données utiles que peuvent fournir l'étude attentive de la tension artérielle et la radioscopie cardiaque.

Le diagnostic de l'asystolie une fois établi, il faut en chercher la cause. Il faut scruter les causes extra-cardiaques. On ne s'arrêtera pas longtemps à l'hypothèse d'un cœur rénal : la défaillance cardiaque du rénal coïncide toujours avec une hypertension, d'ailleurs relative, et ne tardant pas à s'abaisser à cause même de cette défaillance cardiaque. L'asystolie pulmonaire nous retiendra plus longtemps. Mais outre qu'elle est assez rare, elle s'observe surtout chez les gibbeux, chez les tuberculeux fibreux chroniques, chez les emphysémateux bronchitiques, chez les porteurs de dilatation bronchique. Plus récemment, MM. Laubry et Routier (1) ont insisté sur l'insuffisance ventriculaire droite, consécutive à des lésions importantes de l'arbre respiratoire. La radioscopie, en pareil cas, montre un gros ventricule droit, à l'exclusion de toute autre modification de l'ombre cardiaque. Nous n'avons rien vu de pareil chez nos malades.

La cause de cette asystolie étant ainsi localisée au cœur, nous ne la rapporterons pas à une lésion orificielle, dont nous ne percevons pas les signes stéthoscopiques. N'oublions pas cependant que l'aortite, soit celle

(1) LAUBRY et ROUTIER. — Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux, 1922.

de la crosse, soit l'aortite thoracique postérieure peut ne se traduire parfois que par un syndrome d'insuffisance ventriculaire. Gallavardin a insisté sur ce fait, et la myocardite ne serait ainsi que la manifestation isolée en apparence d'un syndrome aortico-myocardique. C'est pourquoi, chez ces malades, il faut systématiquement avoir recours à un orthodiagramme de l'aorte, et ce n'est que lorsqu'on a constaté l'intégrité de ce vaisseau, aussi bien en ce qui concerne son calibre qu'en ce qui concerne son aspect (teinte) que l'on sera autorisé cliniquement, tout au moins, à porter le diagnostic de myocardite.

Mais quel sera le critérium de la nature syphilitique de cette myocardite ?

De même qu'en présence de toute autre manifestation viscérale (rein, foie, cerveau), trois ordres de faits seront à envisager.

Tout d'abord les *faits cliniques*.

Cette myocardite survient chez un syphilitique. Tantôt la syphilis sera avouée par le malade, tantôt le malade en portera les symptômes (cicatrices suspectes, leucoplasie, signe d'Argyll, etc.), d'autres fois, la myocardite coexistera avec d'autres manifestations viscérales de la syphilis.

Mais un syphilitique ne peut-il pas avoir de myocardite, qui, elle, ne soit pas de nature syphilitique, au même titre qu'il est susceptible d'avoir une appendicite, une angine, etc. ?

Remarquons, toutefois, qu'il s'agit d'une affection à allure subaiguë de nature un peu particulière chez un individu jeune, chez lequel une pareille défaillance cardiaque est pour le moins insolite.

Remarquons encore que la recherche minutieuse des causes proches et éloignées de cette défaillance cardia-

que reste négative, remarquons enfin les bons effets du traitement antisypilitique, et l'effet précaire du traitement symptomatique seul.

Aux faits purement cliniques, se joignent des faits d'*ordre humoral*. Chez tous ces malades, la réaction de Wassermann pratiquée même avec un antigène peu sensible se montre fortement positive. Il n'en est pas de même, à coup sûr, chez un ancien syphilitique atteint d'une affection de cause différente qui le frappe accidentellement. Le caractère positif de cette réaction indique une syphilis en évolution ; et il semble assez logique que cette défaillance cardiaque, dont on n'aperçoit pas la cause, survenant chez un syphilitique en évolution, puisse être mise sur le compte de la syphilis.

Enfin, aux faits purement cliniques, corroborés par la thérapeutique, au critérium emprunté à la sérologie, il faudrait pouvoir ajouter des arguments anatomo-pathologiques.

Il convient, comme le dit très judicieusement Bricout, d'envisager les données de l'histologie pathologique et les documents récents relatifs à la recherche du tréponème in situ.

« L'histologie pathologique de la syphilis qui semblait, il y a quelques années, édifiée sur des bases suffisamment solides, n'a pas tenu ses promesses : à l'heure actuelle, il n'est pas un anatomo-pathologiste qui ose affirmer la syphilis avec une certitude absolue à la simple inspection d'une coupe.

Alors que l'examen histologique ne peut donner aucune certitude absolue de la nature syphilitique d'une lésion (Nicolas et Moutot), il est une recherche qui devrait, au contraire, nous éclairer : c'est la *recherche du treponema* dans les tissus par la méthode de Levaditi. Malheureusement, à notre connaissance, il n'existe pas

un cas de cardiopathie acquise où l'on ait mis en évidence l'agent pathogène de la syphilis dans le cœur lui-même.

La constatation du treponema, soit par suite de sa rareté, soit par suite d'altérations de dégénérescence ne permettant pas sa colorabilité ou sa recherche (Jacquet et Sezary, tréponémolyse de Nicolas et Fabre) ne sert jusqu'à maintenant que de critérium exceptionnel dans l'étude des cardiopathies syphilitiques. » (Thèse Bricout).

Nous nous permettons de conclure comme cet auteur : à l'heure qu'il est, et jusqu'à nouvel ordre, il faut accorder la première place dans le diagnostic de la myocardite syphilitique aux arguments tirés de la clinique, confirmés par la recherche du Wassermann et l'épreuve du traitement.

CHAPITRE VII

Traitement

« La gravité de la syphilis viscérale, celle du cœur en particulier, est due, bien souvent, moins à l'impuissance de la médication qu'à son emploi trop tardif. Aussi doit-on y recourir dès que l'on aura constaté, chez des sujets entachés de syphilis, des troubles cardiaques ne paraissant imputables à aucune autre cause. Toutefois, même à la période ultime, elle peut donner des résultats inespérés. Aussi doit-on avoir pour règle d'en essayer les effets comme ressource suprême au cas d'insuffisance cardiaque rebelle aux médications habituelles, si l'on a quelque raison de croire qu'elle est en rapport avec une syphilis avouée ou ignorée. » (Vaquez).

Ce traitement, à notre avis, doit comporter deux ordres de médications. Tout d'abord, la médication cardio-tonique, puis la médication antisyphilitique. S'il nous paraît quelque peu imprudent de traiter d'emblée un cardiaque par des préparations mercurielles et surtout arsenicales, sans avoir au préalable tonifié sa fibre cardiaque, il est hors de conteste que le traitement cardio-tonique seul, n'étant que symptomatique, est insuffisant. Donc, toni-cardiaque d'abord, tréponémicide après : Tel doit être le traitement des myocardites syphilitiques.

On aura recours, comme toni-cardiaque, après la pré-

paration d'usage (purgatif drastique, saignée, ventouses scarifiées ou sèches suivant les cas) soit à la digitale, soit au strophantus.

Chez notre premier malade, nous avons employé avec succès la digitaline cristallisée Nativelle en solution au 1/1000^e ; chez notre second malade, nous nous sommes servi de la digibaine (mélange de digitaline 1/3 et d'ouabaine 2/3) également avec un excellent résultat.

Pendant tout le temps que le malade sera soumis à ces cardio-toniques, il suivra une diète hydro-lactée. Les bons effets de la digitale seront heureusement complétés par la théobromine et le régime déchloruré. C'est là le traitement classique de l'asystolie, avec tendance hydropigène.

Aussitôt que l'équilibre sera rétabli, que la diurèse augmentera, que le pouls se ralentira, que les bruits deviendront mieux frappés, que la dyspnée s'amendera et que l'insomnie fera place au sommeil réparateur, on ne tardera pas à instituer un traitement antisypilitique.

Nous avons à notre disposition plusieurs médicaments : le mercure, l'arsenic, l'iodure de potassium et le dernier venu, le bismuth.

Le mercure est un médicament excellent ; le cyanure de mercure, en particulier, est singulièrement actif, il nous paraît d'autant plus précieux qu'il est, comme l'ont montré récemment M. Chauffard et ses collaborateurs, un diurétique assez efficace. C'est ce médicament que nous avons employé, à notre vive satisfaction, chez le premier malade, de façon malheureusement insuffisante, pour des raisons indépendantes de notre volonté. Mais les injections intraveineuses sont quelquefois mal supportées par les cardiaques, surtout par les aortiques. Aussi préférerait-on au cyanure, les sels solubles injectables sous la peau, en injections sous-cutanées, bi-

iodure, par exemple, à condition toutefois que les œdèmes aient disparu, les tissus imbibés d'eau étant particulièrement irritables.

L'arsenic, sous forme de novarsenobenzol est d'une rare puissance thérapeutique, à condition de ne pas employer de fortes doses (ne pas dépasser 0 gr. 45), de bien surveiller son malade. C'est une médication dont on n'a pas le droit de se priver.

L'iodure de potassium, quelque peu désuet à l'heure actuelle, est un bon adjuvant de la médication hydrargyrique et arsenicale.

Enfin, le bismuth dont récemment MM. Laubry et Bordet ont vanté les bons effets dans les aortites syphilitiques nous paraît particulièrement indiqué, en raison de son efficacité, de sa parfaite tolérance, de son action dénuée de toute brutalité. Notre deuxième malade qui, au début, ne supportait pas les injections de 3 centicubes d'iodoquinat de bismuth tous les deux jours, s'est ultérieurement très bien trouvé de doses moindres : 2 centicubes, à raison d'une injection tous les trois jours.

CHAPITRE VIII

Conclusions

1° Dans la syphilis de l'appareil circulatoire, il convient de distinguer la *syphilis de l'aorte*, qui est bien connue, et la *syphilis du cœur*, dont les cas sont relativement rares, et de notion moins courante. Seule, la myocardite syphilitique diffuse nous intéresse ici.

2° Au point de vue *anatomo-pathologique*, on confond dans l'étude de la syphilis du myocarde, les lésions des artères coronaires et de leurs branches, ainsi que les lésions du myocarde à proprement parler, soit du reste que ces lésions soient d'origine péri-vasculaire, ou primitives. La myocardite peut être localisée (gomme du cœur, dont l'observation princeps appartient à Ricord) ou diffuse, caractérisée par une infiltration embryonnaire péri-vasculaire et ultérieurement par de la sclérose. Les lésions peuvent affecter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique.

3° Au point de vue *clinique*, la forme la plus fréquente de la myocardite syphilitique est la forme à évolution subaiguë qui affecte le masque d'une asystolie progressive, se traduisant par de la dyspnée, dyspnée d'effort d'abord, dyspnée de décubitus ensuite, dyspnée à paroxysmes nocturnes (asthme syphilitique). Les malades sont cyanosés, peu oedématisés. Leur foie est gros et douloureux, leur pouls rapide, relativement régulier.

décèle un assourdissement des bruits, parfois un bruit de galop et un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. On a signalé l'alternance du pouls. Ce tableau d'insuffisance cardiaque relativement rapide, sans cause apparente, chez un syphilitique avéré ou non, dont le Wassermann est constamment positif, le cœur gros à l'écran, alors que l'aorte est normale, doit faire penser à la syphilis, hypothèse qui reçoit sa confirmation par la tension artérielle est basse, l'auscultation du cœur l'épreuve du traitement.

A côté de la forme habituelle, et abstraction faite des myocardites localisées, donnant lieu à des syndromes spéciaux ; pouls lent permanent, arythmie complète, on a décrit des formes rapides, voire foudroyantes, véritables formes médico-légales, et une forme à évolution lente qui évolue comme une cardio-sclérose banale, chez un ancien syphilitique.

4° Le *pronostic* varie suivant l'allure de la maladie, l'âge du malade (plus grave chez les jeunes) la coexistence d'autres localisations, la coïncidence avec d'autres tares, l'éthylisme en particulier. Il dépend surtout du traitement susceptible d'opérer parfois de véritables résurrections.

5° Le *diagnostic* comprend d'abord celui de l'asystolie. Il ne faut pas méconnaître la défaillance du cœur chez un malade que l'on a parfois tendance à considérer comme un emphysémateux bronchitique. Le diagnostic de l'asystolie établi, il faut en rapporter la cause au myocarde lui-même après avoir éliminé les facteurs extra-cardiaques (reins, poumons) et les lésions orificielles dont on constate l'absence. La recherche des signes propres à la myocardite, l'alternance, l'assourdissement des bruits, le bruit de galop sera particulièrement fructueuse.

Quant à la nature syphilitique de cette asystolie, on l'affirmera parce qu'il s'agit d'un syphilitique, parce que la cause de cette asystolie échappe, parce que le Wassermann est positif, attestant ainsi le caractère évolutif de cette syphilis, parce que cette défaillance cardiaque obéira au traitement antisiphilitique seul, ou précédé d'une médication cardio-tonique.

La preuve anatomo-pathologique et microbiologique de la nature syphilitique de l'affection n'a pu jusqu'ici être fournie. L'histologie pathologique de cette myocardite n'a rien d'absolument caractéristique et le tréponème n'a pu être décelé in situ.

6° Le *traitement* sera d'abord cardio-tonique : digitale ou ouabaïne, isolées ou associées, régime lacto-végétarien déchloruré. Ultérieurement, on instituera un traitement antisiphilitique et l'on aura le choix entre le mercure, l'arsenic, l'iodure de potassium et le bismuth qu'il sera bon d'alterner, voire d'associer suivant les cas.

Paris, juin 1923.

VU : *Le Président de la thèse,*
ACHARD.

VU : *Le Doyen,*
H. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

